

SRE - C - 25 - 09 - 0412

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

S/0925/0464

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Sompal

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

71

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

Mr. Mukanda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

80, Piplad, Piplad, Sahasrampur, Ambali,
Uttar Pradesh, 247354

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

47,000

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

NA

PAN No.

आय कर पहचान संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Harish	05	M	Son
(2)	Harish	03	M	Son
(3)	Shilpi	40	F	Daughter in law
(4)	Rakhi	38	F	Daughter in law
(5)	Vansh	16	M	Grand son
(6)	Raghu	17	M	Grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशट की प्रमाण प्रत (प्रमाण प्रत की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Nation Card (Attach Copy) जनपद कार्ड (प्रमाण प्रत की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रत संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract IE - senile cataract
	Surgery - RE - strab with ptosis

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो पाई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं काल्पनिक बात बताई है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण को दिवस किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में यह कहा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, इस रशि का भुगतान या वापस किया जाये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से व जो विवरण है और वही घोषणा में है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् जगदीश, राम, राधाकृष्ण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और जानकारी के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रपत्र का विवरण यदि इलाक़ के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सापेक्ष/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि व जो सहायता और व जो भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, वे जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिनिधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रकृत हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तिय प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर मुफ्त और अपने जाने को सही चिकित्सा रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-9-25	Dr. SUNIL VERMA DATE No: 20-34 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
		